

Protocoles, Qualité des soins (II)

Health care quality (II)

Communications orales

Version française

CO38-001-f

Les parcours de soins en médecine physique et de réadaptation, actualisation

A. Yelnik^{a,*}, F. Le Moine^b, G. de Korvin^c, P.-A. Joseph^d

^a UMR 8194, service de MPR, groupe hospitalier Saint-Louis-Lariboisière-F.-Widal, université Paris Diderot, AP-HP, 200, rue Faubourg-Saint-Denis, 75010 Paris, France

^b FEDMER, centre Hélios-Marin, 06223 Vallauris Cedex

^c SYFMER Centre hospitalier privé Saint-Grégoire, Rennes, France

^d COFEMER, groupe hospitalier Pellegrin, CHU

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alain.yelnik@lrb.aphp.fr.

Les « parcours de soins en MPR » sont des documents courts, conçus pour décrire de façon succincte et robuste, ce que la MPR offre aux patients, c'est-à-dire quand, pourquoi et comment ceux-ci doivent se voir proposer nos compétences et celles de nos équipes autour de leurs projets de vie. Ils décrivent pour chaque typologie de patients, les besoins, la place et les objectifs d'une prise en charge en MPR, les moyens humains et matériels nécessaires, leur chronologie.

Il y a dans ces parcours une double nouveauté : la description de l'ensemble du parcours du patient ; une approche qui ne se fasse plus par pathologie mais par leurs conséquences. Ainsi nous proposons de grouper les patients selon les déficiences qu'ils présentent (paralysie, douleur, trouble du langage...) et d'apporter chaque fois que nécessaire des pondérations en fonction du contexte personnel et environnemental de la personne. En effet ces éléments vont modifier les moyens à mettre en œuvre pour le même objectif.

Selon la complexité des situations pathologiques, les parcours sont déclinés de deux façons :

– type 1 (AVC, blessé médullaire, traumatisé crânien) : par catégories de patients selon la gravité des déficiences. Quatre grandes catégories de déficiences sont proposées pour l'AVC, trois pour le traumatisé crânien et cinq pour le blessé médullaire ;

– type 2 (coiffe des rotateurs, ligamentoplastie genou, PTH, PTG) : par phases de soins après un acte simple, chirurgical le plus souvent, déclinées en deux situations selon la présence ou non de complexité médicale.

Cette approche a reçu un accueil favorable de la part de nombreux de nos interlocuteurs notamment à la Direction générale de l'Offre de soins, l'Union pour la gestion des établissements de l'Assurance Maladie, la Fédération des hôpitaux de France et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne.

Élargie aux autres spécialités médicales du champ SSR, elle pourrait être la base à l'élaboration d'un nouvel outil médico-économique, dans la perspective de la

nouvelle tarification en SSR. En créant des groupes homogènes de morbidité (GHM) réellement descriptifs des besoins sans nécessiter une description détaillée quantitative de tous les actes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.748>

CO38-002-f

Un modèle de traitement adaptatif du signal pour la récupération neurologique

J. Palicot

SUPELEC/IETR, avenue de la Boulaie, CS 47601, 35576 Cesson-Sévigné, France

Adresse e-mail : jacques.palicot@supelec.fr.

Mots clés : Traitement adaptatif du signal ; Modèle ; Récupération neurologique

Dans cet article, nous appliquons un modèle classique de Traitement adaptatif du signal (TAdS) à la récupération neurologique. Ce travail résulte d'une double expérience : dans le domaine du TAdS en télécommunications et le vécu de 15 ans de rééducation neurologique. À l'opposé des études classiques, qui, à partir des exemples bio-inspirés, dérivent des algorithmes de TAdS, dans cet article nous partons du TAdS pour l'appliquer à la rééducation neurologique. L'application de ce type de théorie au problème de la rééducation neurologique, considérée comme un processus adaptatif, sous diverses hypothèses et contraintes, qui seront explicitées dans le corps de cet article, nous permet d'apporter un éclairage nouveau sur ce type de pratique thérapeutique, sur la neuroplasticité et de déduire un certain nombre de conclusions pratiques.

Ce modèle part de l'hypothèse que la rééducation, en tant que telle, est la somme d'un très grand nombre de rééducations élémentaires (une fonction, un mouvement...), chacune obéissant au modèle adaptatif. Nous supposons, dans cet article, que l'adaptation suit un algorithme très classique du Gradient stochastique qui minimise une fonctionnelle qui en TAdS classique est l'erreur quadratique moyenne. Dans ce cas, nous obtenons l'algorithme Least Mean Square (LMS) très connu, dans lequel intervient une erreur que nous prendrons ici comme l'erreur entre le résultat obtenu et la fonction « nominale ».

Comme tout algorithme du gradient stochastique, la vitesse de convergence et la précision (erreur résiduelle, appelée dans notre contexte séquelle) sont régies par un pas de convergence.

Pour finir, j'en déduirai un certain nombre de conclusions (classiques en TAdS) adaptées à la rééducation neurologique. Parmi celles-ci, nous parlerons de :

- vitesse de convergence/de récupération ;
- régime transitoire/phase de récupération rapide ;
- régime stationnaire/phase stationnaire ;
- minima locaux/états de récupérations incomplètes ;
- erreur résiduelle/séquences ;
- stabilité de la convergence/stabilité de l'état du patient ;

– durée pour atteindre un niveau d'erreur résiduelle/durée pour atteindre un niveau de récupération/limite théorique de la récupération neurologique. La conclusion la plus importante est qu'il n'y a pas de limite théorique à la récupération neurologique. La seule limite est celle donnée par le patient et/ou le thérapeute en toute conscience.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.749>

CO38-003-f

Statut nutritionnel des patients en unité de médecine physique et de réadaptation (MPR)

N. Chohra^{a,*}, B. Barrois, C. Gerin, S. Ghemrani

Service de MPR, CH de Gonesse, BP 30071, rue Bernard-Février, 95503 Gonesse, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nabil.chohra@ch-gonesse.fr.

Mots clés : Dénutrition ; IMC ; MPR

Introduction.– Le statut nutritionnel est un indicateur de qualité obligatoire dans les unités de soins de suite pour dépister la dénutrition réputée fréquente.

Objectifs.– Analyser l'indice de masse corporelle (IMC), enregistré à l'entrée puis tous les 15 jours.

Corréler l'IMC aux caractéristiques des patients du service de MPR spécialisé en pathologie de l'appareil locomoteur.

Matériel et méthodes.– L'analyse porte sur l'hospitalisation complète entre septembre et novembre 2011.

Les patients ont été classés en 4 groupes : IMC bas < 18 kg/m², normal entre 18–25 kg/m², surpoids entre 26–30 kg/m² et obésité > 30 kg/m².

Pour chaque groupe, l'âge moyen et la durée moyenne de séjour (DMS) ont été étudiés.

Résultats.– Soixante-huit patients sont porteurs d'une pathologie de l'appareil locomoteur. L'âge moyen est de 62,7 ans. La DMS est de 25,7 jours.

On retrouve :

– aucun IMC bas ;

– 16 patients (23 %) ont un IMC normal, l'âge moyen est de 60 ans, la DMS est de 24,3 j ;

– 28 patients (41 %) sont en surpoids, d'âge moyen à 61,8 ans, la DMS est de 26,5 j ;

– 24 patients (35 %) sont obèses, d'âge moyen à 66,6 ans, la DMS est de 24,4 j.

La C Reactive Protein (CRP), surveillée en postopératoire, est normalisée dans tous les cas avant j30.

Discussion.– Dans ce secteur de l'appareil locomoteur, il n'y a aucun patient dénutri. Ce problème de santé publique en gériatrie ne l'est pas en MPR. Mais le surpoids affecte 76 % des patients.

Les sujets obèses sont les plus âgés.

La DMS est identique dans les 3 groupes.

L'analyse des autres indicateurs de l'état nutritionnel retrouve une CRP normale, l'albuminémie n'est pas dosée systématiquement.

Conclusion.– Le surpoids est fréquent (76 % des patients), alors qu'il n'y a aucun sujet à IMC bas. Un travail sur le surpoids va être réalisé.

L'IMC n'a pas d'impact sur la durée moyenne de séjour.

L'étude doit être complétée par une recherche de signes biologiques de dénutrition.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.750>

CO38-004-f

Antibiothérapies des infections urinaires du patient médullo-lésé ou cérébro-lésé : impact d'une démarche qualité sur les pratiques professionnelles

S. Bauler^{a,*}, A. Janoly-Dumenil^a, S. Bassi^a, J. Luaute^b, S. Jacquin-Courtois^b, S. Ciancia^b, F. Costaz^c, K. Charvier^b, C. Rioufol^a, G. Rode^b

^aService de pharmacie clinique, hôpital H.-Gabrielle-SSR, groupement hospitalier Sud, hospices civils de Lyon, 20, route de Vourles, 69230 Saint-Genis-Laval, France

^bService de rééducation neurologique, hôpital H.-Gabrielle-SSR, groupement hospitalier Sud, hospices civils de Lyon, Saint-Genis-Laval, France

^cService qualité, hôpital H.-Gabrielle-SSR, groupement hospitalier Sud, hospices civils de Lyon, Saint-Genis-Laval, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stephanie.bauler@chu-lyon.fr.

Mots clés : Infection urinaire ; Antibiothérapie ; Blessé médullaire ; Blessé cérébral ; Évaluation des pratiques professionnelles

Introduction.– Les patients présentant une dysfonction neurologique de la vessie développent des infections urinaires (IU) préoccupantes par leur fréquence, gravité et multirésistance aux antibiotiques (ATB) [1]. Dans ce contexte une évaluation des pratiques professionnelles a démarré sur notre établissement en 2009 par un audit clinique ciblé [2] suivi d'une diffusion de recommandations. L'objectif du travail est d'évaluer l'impact des recommandations émises par un second audit (2011).

Matériels et méthodes.– Il s'agit d'une étude prospective réalisée durant 2 mois sur les 7 services de MPR. Les données recueillies concernaient le patient, le type d'IU et les traitements. Les critères d'évaluation étaient : choix de l'antibiothérapie initiale, posologie, réévaluation du traitement à 72 h selon antibiogramme (si traitements probabilistes), durée de traitement. Le taux de conformité de ces critères a été analysé au regard des référentiels et comparé aux résultats de l'audit 2009 (par test de comparaison de proportions lorsque l'effectif de patients le permettait).

Résultats.– Trente-huit patients ont été inclus dans l'étude (47 ± 15 ans). Cinquante-deux pour cent présentaient une vessie neurologique. Les patients étaient traités pour une colonisation bactérienne avant un geste invasif (32 %), pour une prostatite (42 %) ou pour une IU simple (26 %). Les traitements initiaux étaient probabilistes dans 26 % des cas. Le choix de l'ATB initiale n'était pas conforme pour 21 % des prescriptions (vs 45 % en 2009, $p < 0,04$). La posologie était conforme pour 92 % des prescriptions (vs 94 %, ns). Les ATB probabilistes étaient réévalués à 72 h dans 60 % des cas (vs 90 % en 2009). Enfin, les durées de traitement prescrites étaient non conformes pour 26 % des cas (vs 52 %, $p < 0,03$).

Discussion.– On observe une évolution positive des pratiques, notamment avec des durées de traitement et des choix d'ATB plus adaptés comparativement à 2009. Néanmoins, la réévaluation du traitement probabiliste à 72 h est insuffisante, alors qu'il s'agit d'un critère prioritaire de qualité préconisé par l'HAS. La mise en place d'indicateurs simples avec suivi mensuel est la prochaine étape ; elle permettra de pérenniser notre action.

Références

[1] J Hosp Infect 2006; 62:473–9.

[2] 39th European Symposium of Clinical Pharmacy, Lyon, 2010.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.751>

CO38-005-f

Épidémie de *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase en MPR

N. Bradai^{a,*}, L. Stana, P. Sportouch, C. Scouarnec, V. David, L. Damamme, J.-M. Guerin, V. Chauvin, A. Yelnik

Service de MPR, université Paris Diderot, Lariboisière-F.-Widal, CHU Saint-Louis, AP-HP, 200, rue du Faubourg-Sainte-Denis, 75010 Paris, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nacera.bradai@lrp.aphp.fr.

Introduction.– Nous avons été confrontés à la présence d'une *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase (KPC), bacille Gram négatif opportuniste avec grande capacité d'acquisition et de diffusion de résistance. L'organisation drastique durant 8 mois est décrite.

Matériel et méthode.– Germe découvert chez 2 patients venant de neurochirurgie. Dès ce jour, le 01/02/2011, les mesures suivantes ont été prises : – cellule de crise comprenant CCLIN Paris Nord, CLIN de l'AP-HP, direction de l'hôpital, équipe d'hygiène, médecins et cadres du service, ensemble des équipes de soins et de rééducation ; – admissions suspendues 15 jours ;